

Tab. 7. Léčiva asociovaná s mukozitidou (30, 31)

skupina	zástupci léčiv
alkylační látky	busulfan, karboplatina, cisplatina, cyklofosamid, ifosfamid, melfalan, prokarbazin, thiotepa
antracykliny	daunorubicin, doxorubicin, epirubicin, idarubicin, mitoxantron
antimetabolity	6-merkaptopurin, 6-thioguanin, kapecitabin, cytarabin, fludarabin, 5FU, gemcitabin, hydroxyurea, methotrexát, pemetrexed
cytotoxická antibiotika	bleomycin, mitomycin
taxany	docetaxel, paklitaxel
inhibitory topoizomeráz	etoposid, irinotekan
cílená léčba	kabozantinib, cetuximab, erlotinib, everolimus, lenvatinib, palbociklib, panitumumab, regorafenib, sorafenib, sunitinib, temsirolimus

dihydropyrimidindehydrogenázy, který dostává 5FU). (25) Riziko rozvoje OM je nejvyšší u bleomycinu, cytarabinu, doxorubicinu, fluorouracilu (bolusové podání). Z molekul cílené léčby jsou stran OM nejvíce rizikové inhibitory EGFR a FGFR, multikinázové inhibitory (30–40 %, u afatinibu dokonce přes 70 %) a mTOR inhibitory (26–29). Léčiva asociovaná s mukozitidou jsou uvedena v tabulce 7.

Možnosti prevence a léčby

Výskyt a rozsah mukozitidy lze do jisté míry omezit vhodným přístupem. U všech pacientů je před chemoterapií důležitá edukace stran možných rizik a komplikací, stran péče o dutinu ústní, vhodných dietních opatření, dále je doporučeno stomatologické vyšetření s ošetřením defektů. K prevenci, zmírnění obtíží a léčbě lze podávat nejrůznější topické přípravky v podobě výplachů, gelů, pastilek s obsahem lokálních anestetik, ústních antiseptik, případně antimykotik, dexametazonu či např. tradičních rostlinných protizánětlivých a hojivých preparátů dle individuálních preferencí. Zklidňující pocit na postižené sliznici mohou navozovat již prosté výplachy chladnou vodou, fyziologickým roztokem, nízké koncentrovanými roztoky s bikarbonátem a kalcium-fosfátovým roztokem. Používají se zdravotnické prostředky, jako např. Gelclair, Caphosol A či ActiMaris, využít lze vatové tyčinky s glycerolem (např. Lemogil) či magistraliter připravované „umělé sliny“. Při výraznějších bolestech se používají systémová analgetika včetně silných opioidů. U pacientů léčených režimem s bolusovým podáváním 5FU a melfalanem je doporučena orální kryoterapie a chlazení v průběhu aplikace a po ní (studená voda, ledová tříšť, nanuk). Dostupnost nízkonoenergetické laserové terapie (LLLT, low-level laser therapy) s hojivým efektem je v běžné praxi velmi omezená.

Anorexie (nechutenství) je častým problémem u pacientů s nádorovým onemocněním a může být způsobena přímo nádorem nebo jako důsledek jeho léčby. Pokud je spojena s výrazným hubnutím, úbytkem svaloviny a dalších tkání (např. v pokročilém stadiu nádorového onemocnění), hovoříme o syndromu nádorové anorexie a kachexie (cancer-related anorexia/cachexia syndrome (CACS)). Doporučuje optimální

zovat management precipitujících faktorů (chronická nauzea, obstipace, alterace chuti, xerostomie, mukozitida, dyspnoe, deprese) a udržovat přiměřenou výživu (32). V některých případech je potřebná a účelná enterální či parenterální výživa. Pacienti s chirurgickým přerušením trávicího traktu mohou potřebovat gastrostomii/jejunostomii. Parenterální či enterální nutriční podpora (sondou) u pacientů pokročilým onemocněním a CACS nemusí být vždy výhodná a přistupuje se k ní individuálně. Důležité je probrání možností, postupu a rozhodnutí s pacientem a/ nebo blízkými (33). Léčiva podporující chuť k jídlu zahrnují např. kortikosteroidy, megestrol acetát, cyproheptadin, androgenní steroidy nebo kanabinoidey (konopí pro léčebné užití). Pokud jsou indikována antidepresiva/anxiolytika či hypnotika, s výhodou lze použít mirtazapin, který zvyšuje chuť k jídlu. Pokud se přistupuje k farmakologické léčbě CACS, nejvíce byly studovány olanzapin, analoga progesteronu a kortikosteroidy, přičemž preferován je olanzapin, zejména pokud je nechutenství kombinováno s nevolností (32). Posuzován by měl být očekávaný přínos a možné NÚ, zohledněna evidence, přičemž by se léčba měla periodicky hodnotit.

Závěr

Gastrointestinální nežádoucí účinky jsou častým a závažným problémem při onkologické léčbě, který může výrazně ovlivnit kvalitu života pacientů a účinnost léčby. Chemoterapie, radioterapie i cílená léčba mohou způsobovat širokou škálu gastrointestinálních potíží, včetně nevolnosti, zvracení, průjmu, zácpy, mukozitidy a autoimunitních nežádoucích účinků, které mohou pacienta nenávratně poškodit a mohou vést k ukončení onkologické léčby. Včasná identifikace a řízená léčba těchto komplikací jsou klíčové pro minimalizaci jejich dopadu na pacienta, mohou zvýšit kvalitu jeho života a prodloužit efektivní onkologickou léčbu. Přístup k léčbě by měl být individualizován s ohledem na typ nádoru, použitou léčbu a celkový stav pacienta. Podpora výživy a symptomatická léčba hrají zásadní roli v managementu těchto nežádoucích účinků.

Článek vznikl za podpory specifického vysokoškolského výzkumu MUNI/A/1580/2023), kterou poskytl MŠMT.

LITERATURA

1. Bacon CG, Giovannucci E, Testa M. The association of treatment-related symptoms with quality-of-life outcomes for localized prostate carcinoma patients: Cancer. 2002;94:862-871.
2. Kamath S, Nair KG. Clinical presentation and risk factors for chemotherapy-associated diarrhea, constipation, and intestinal perforation. In Drews, RE (Ed.), UpToDate. Available from <https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-and-risk-factors-for-chemotherapy-associated-diarrhea-constipation-and-intestinal-perforation>. Cited 17. 9. 2024.

k-factors-for-chemotherapy-associated-diarrhea-constipation-and-intestinal-perforation. Cited 17. 9. 2024.

3. Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE). Available from https://ctep.cancer.gov/protocoldevelopment/electronic_applications/docs/CTCAE_v5_Quick_Reference_5x7.pdf Cited 17. 9. 2024.